

**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE AMBULANTNEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY V ZARIADENÍ STAROSTLIVOSTI O DETI DO 3 ROKOV VEKU DIEŤAŤA**

**ROZPRÁVKOVÉ JASLIČKY**

 Trieda SNP 15, 974 01 Banská Bystrica

1. **Údaje o dieťati:**

Meno a priezvisko **dieťaťa**: ........................................................................................................................

Dátum narodenia: .......................................Rodné číslo: ..........................................................................

Trvalý pobyt/prechodný pobyt: .................................................................................................................

Deň začatia poskytovania sociálnej služby (uveďte dátum): .....................................................................

1. **Údaje o rodičoch dieťaťa/ zákonnom zástupcovi***\****:**

Meno a priezvisko **matky/zákonného zástupcu**: .......................................................................................

Trvalý pobyt/prechodný pobyt: .................................................................................................................

Dátum narodenia: .............................. Rodné číslo: ............................ č. OP: ............................................

Zamestnávateľ (názov, adresa): .................................................................................................................

Telefón: ................................................ E-mail: ........................................................................................

EVČ auta (pre účely vystavenia parkovacej karty): .....................................................................................

Meno a priezvisko **otca/zákonného zástupcu**: ..........................................................................................

Trvalý pobyt/prechodný pobyt: .................................................................................................................

Dátum narodenia: .............................. Rodné číslo: ............................. č. OP: ...........................................

Zamestnávateľ (názov, adresa): .................................................................................................................

Telefón: ............................................. E-mail: ............................................................................................

EVČ auta (pre účely vystavenia parkovacej karty): .....................................................................................

1. **Údaje o súrodencoch:**

Meno a priezvisko: .........................................................................Dátum narodenia: ..............................

Meno a priezvisko: .........................................................................Dátum narodenia: ..............................

Meno a priezvisko: .........................................................................Dátum narodenia: ..............................

Meno a priezvisko: .........................................................................Dátum narodenia: ..............................

1. **Ochrana osobných údajov:**

„Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle https://www.banskabystrica.sk/urad/ochrana-osobnych-udajov/, ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa.“

V .................................................... dňa …..................

 ................................................................. podpis rodiča/zákonného zástupcu dieťaťa

**Prílohy k žiadosti o poskytovanie ambulantnej sociálnej služby v zariadení starostlivosti o deti do 3 rokov veku dieťaťa:**

[ ]  *vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa pred začatím poskytovania sociálnej služby v zariadení starostlivosti o deti do 3 rokov veku dieťaťa,*

[ ]  *dotazník pred začatím poskytovania sociálnej služby v zariadení starostlivosti o deti do 3 rokov veku dieťaťa,*

[ ]  *kópia rozsudku súdu**o**zverení maloletého dieťaťa do osobnej starostlivosti.*